
Narapidana merupakan bagian dari masyarakat. Mereka berasal dari masyarakat dan kembali ke sana. Dengan memberikan perlindungan dan perawatan bagi narapidana yang terinfeksi HIV, berarti kita turut melindungi dan merawat masyarakat.¹

Penjara dan Penanganan HIV

Oleh Ralf Jurgens*

Pembukaan

Di banyak negara tingkat infeksi HIV narapidana⁺ ■ tergolong tinggi dan semakin banyak jumlah narapidana yang membutuhkan perawatan, pengobatan, dan dukungan terkait HIV, termasuk terapi antiretroviral (ART). Walaupun penjara seringkali dipandang terisolasi dari masyarakat, permasalahan layanan kesehatan lapas dalam menanggapi narapidana yang terinfeksi HIV memiliki dampak yang besar bagi perawatan mereka yang terinfeksi HIV atau menderita AIDS di luar tembok penjara secara keseluruhan.

Tulisan ini mengulas beberapa permasalahan utama berkenaan dengan penanganan HIV dalam penjara. Menyediakan akses ART bagi mereka yang membutuhkannya dalam penjara

DISCLAIMER: “Penjara dan Penanganan HIV” dipublikasikan oleh program International Harm Reduction Development dari Open Society Institute sebagai bagian dari buku *Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs: Lessons from Research and Practice* © 2006, dengan judul bab Prisons and HIV Treatment. Bab ini diterjemahkan dan dipublikasikan dalam Bahasa Indonesia oleh Arie Rahadi seizin pihak Open Society Institute. Segala kesalahan maupun kekurangan dalam penulisan terjemahan ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab penerjemah.

* Ralf Jurgens adalah seorang konsultan yang bekerja pada bidang permasalahan HIV/AIDS, kesehatan, kebijakan dan hak asasi manusia di Monreal, Kanada.

⁺ Untuk tujuan penulisan ini, istilah “narapidana” diartikan secara luas dengan mengikutsertakan laki-laki dan perempuan dewasa dan remaja yang ditahan di fasilitas-fasilitas peradilan kriminal dan pemasyarakatan pada masa pemeriksaan; ketika menunggu sidang; setelah pendakwaan dan sebelum putusan hakim; dan setelah putusan hakim. Istilah ini tidak termasuk mereka yang ditahan karena alasan keimigrasian atau suaka, dan mereka yang ditahan tanpa dakwaan, walaupun sebagian besar diskusi dalam tulisan ini menyertakan kategori ini. Istilah “penjara” diartikan sebagai tiap-tiap fasilitas peradilan kriminal dan pemasyarakatan.

■ Catatan penerjemah: istilah “lembaga pemasyarakatan” terangkum dalam satu istilah, yaitu, “penjara.” Namun dalam beberapa kesempatan berdiri sendiri karena konotasi bahasa Inggris yang diterjemahkan. Sebagai contoh, *correctional facilities* diterjemahkan menjadi lembaga pemasyarakatan.

merupakan sebuah pekerjaan sulit, namun sifatnya perlu dan dapat dilakukan. Ketika perawatan dan akses pengobatan tersedia, para narapidana memberikan respon yang baik. Data dari berbagai negara maju menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan dalam penjara dapat sama atau lebih tinggi dari pasien di luar penjara, dan menegaskan betapa pentingnya perencanaan yang matang menjelang kembalinya narapidana ke masyarakat selepas masa tahanan. Usaha besar harus dilakukan guna memastikan bahwa pasien di negara berkembang dan negara dalam masa transisi dapat mengambil manfaat dari pelbagai upaya yang sedang berlangsung untuk memperluas akses ART.

Epidemi Ganda – HIV dan Pemenjaraan

Prevalensi HIV dalam Penjara

Secara keseluruhan, tingkat infeksi HIV pada populasi narapidana lebih tinggi dari pada populasi umum:

- Di Eropa Barat, tingkat infeksi HIV tinggi ditemukan dalam penjara di negara-negara Eropa bagian selatan seperti Portugal dan Spanyol, yang melaporkan tingkat infeksi masing-masing sebesar 20 dan 14 persen.²
- Di Amerika Serikat, terdapat banyak penjara yang memiliki prevalensi di bawah 1 persen, meskipun terdapat beberapa yang mendekati atau melebihi 7 persen untuk narapidana pria, dan 15 persen untuk narapidana wanita.³
- Di Kanada telah dilaporkan prevalensi antara 1 dan 11,9 persen.⁴
- Pada negara-negara Eropa Tengah dan Timur dan bekas Uni Soviet, prevalensi HIV pada narapidana sangat tinggi terutama di Rusia dan Ukraina, begitu juga dengan Lithuania, Latvia dan, Estonia.⁵ Di Rusia, pada akhir 2002 jumlah orang yang hidup dengan HIV/AIDS yang terdaftar pada sistem peradilan melebihi 36.000 jiwa, atau kira-kira 20 persen dari kasus HIV yang diketahui.⁶
- Di Amerika Latin, prevalensi narapidana di Brazil dan Argentina dilaporkan sangat tinggi, dengan berbagai penelitian menunjukkan tingkat infeksi antara 3 sampai 20 persen di

Brazil dan 4 sampai 10 persen di Argentina. Prevalensi tinggi juga dilaporkan di negara Amerika Latin lainnya termasuk Meksiko, Honduras, Nikaragua, dan Panama.⁷

- Di India, suatu penelitian menemukan bahwa tingkat infeksi paling tinggi terjadi pada narapidana wanita, yaitu pada kisaran 9,5 persen.⁸
- Di Afrika, sebuah penelitian di Zambia menemukan tingkat infeksi sebesar 27 persen.⁹ Di Afrika Selatan, tingkat infeksi di penjara pada 2002 diperkirakan sebesar 41 persen.¹⁰

Transmisi HIV diPenjara

Sebagian besar narapidana yang hidup dengan HIV atau AIDS terinfeksi di luar lapas/rutan sebelum memasuki masa hukuman. Namun, berbagai penelitian menemukan maraknya penggunaan napza suntik dalam penjara di berbagai negara, dan pemenjaraan juga meningkatkan risiko penularan HIV bagi pengguna napza suntik (penasun) yang kerap menyuntik dalam penjara.¹¹ Hal ini terjadi karena mereka yang menyuntik napza dalam penjara hampir selalu bertukar alat suntik, yang merupakan cara sangat efisien dalam mentransmisikan HIV. Karena lebih sulit untuk menyelundupkan jarum dan alat suntik daripada menyelundupkan napza, akibatnya jarum dan alat suntik sangat langka dalam penjara. Seringkali hanya sedikit jarum suntik yang beredar pada populasi besar narapidana yang menyuntik napza. Pada banyak kesempatan 15 sampai 20 orang akan menggunakan peralatan suntik yang sama.¹²

Aktivitas seksual pada umumnya dianggap faktor risiko yang kurang berperan dalam penularan HIV dalam penjara dibandingkan dengan berbagi alat suntik. Bagaimanapun juga, aktivitas seksual terjadi dalam penjara dan memberikan peluang risiko terpapar HIV bagi para narapidana.

Prevalensi dari berbagai perilaku berisiko ini, ditambah dengan kurangnya akses pencegahan di banyak penjara, dapat berakibat pada penyebaran HIV yang sangat cepat. Beberapa negara telah menunjukkan indikasi awal bahwa transmisi HIV ekstensif akan terjadi dalam penjara. Di Thailand, ledakan epidemi HIV pertama dimulai pada populasi penasun dalam penjara-penjara Bangkok pada 1988. Enam penelitian yang dilakukan di Thailand menemukan bahwa riwayat pemenjaraan berhubungan sangat erat dengan infeksi HIV yang

tinggi.¹³ Ledakan infeksi tinggi HIV yang bermuara di penjara juga didokumentasikan di tempat lain.¹⁴ Contohnya seperti di Skotlandia,¹⁵ Australia,¹⁶ Rusia,¹⁷ dan Lithuania.¹⁸

Epidemi Pemenjaraan

Peningkatan signifikan populasi penjara terjadi bersamaan dengan munculnya wabah HIV. Pada 2003, para ahli memperkirakan bahwa 8,75 juta orang dipenjarakan di seluruh dunia. Dari jumlah ini, setengahnya terdapat di Amerika Serikat, Cina, dan Rusia.¹⁹ Pada banyak belahan dunia pertumbuhan populasi penjara yang sangat tinggi disebabkan oleh meningkatnya penerapan hukum napza dalam upaya membatasi persediaan dan penggunaan napza ilegal. Di Amerika Serikat saja, populasi penjara meningkat sebesar 239 persen dalam kurun 1980 - 1995, dan pemenjaraan yang terkait dengan penggunaan napza menyumbang proporsi 30 sampai 60 persen dari peningkatan ini.²⁰

Sebagai akibat dari jumlah besar narapidana yang dihukum karena pelanggaran hukum terkait napza ini, karakteristik demografi dan epidemiologi populasi penjara di banyak negara menjadi sangat berbeda dengan karakteristik dua dekade lampau. Mencerminkan sifat tindakan pidana yang dihukum, individu-individu dalam penjara mempunyai prevalensi ketergantungan napza yang tinggi, gangguan mental, dan penyakit menular termasuk HIV.²¹ Di kebanyakan negara, dengan pengecualian negara-negara dengan epidemi HIV heteroseksual, tingkat prevalensi HIV di penjara erat kaitannya dengan tingkat infeksi HIV pada penasun di masyarakat dan proporsi narapidana yang dihukum karena tindak pidana terkait napza.

Pemenjaraan bukanlah hal asing bagi penasun. Pada suatu penelitian skala nasional di Amerika Serikat disebutkan, sekitar 80 persen dari 25.000 penasun pernah mengalami hidup di penjara.²² Dalam satu penelitian mengenai perilaku risiko penasun di 12 kota oleh WHO, sekitar 60 sampai 90 persen responden menyatakan memiliki riwayat pemenjaraan sejak mulai menyuntikkan napza dan sebagian besar mengalami pemenjaraan beberapa kali.²³ Dengan menetapkan pemenjaraan masal sebagai respon utama terhadap penggunaan napza, banyak negara sebenarnya telah menciptakan kebijakan *de facto* untuk memenjarakan semakin banyak individu yang terjangkit HIV.²⁴ Misalnya, pada 1997, di Amerika Serikat terdapat lebih

dari 35.000 narapidana dengan HIV setiap harinya. Pada tahun yang sama, lebih dari 150.000 yang dibebaskan terinfeksi HIV. Pada tahun 1997 diperkirakan 20 sampai 26 persen orang yang hidup dengan HIV (dan 29 sampai 43 persennya terinfeksi HCV) di Amerika Serikat pernah menjalani hukuman di lapas/rutan.²⁵ Beberapa tahun belakangan di Rusia, setiap tahunnya sekitar 300.000 narapidana menyelesaikan masa tahanannya, dan banyak dari mereka yang hidup dengan HIV, HCV, dan/atau tuberkulosis.²⁶ Di Irlandia, menurut sebuah laporan di tahun 1997, jumlah rata-rata tahunan populasi penjara adalah sekitar 2.200, dengan sekitar 10.000 narapidana yang masuk dan keluar setiap tahunnya dan menjalani hukuman rata-rata 2 sampai 4 bulan. Dari sekitar 1.600 warga Irlandia yang mengidap HIV, 300 sampai 500 pernah mengalami pemenjaraan.²⁷

Banyak narapidana yang menjalani hukuman singkat dan residivisme merupakan hal yang lumrah. Akibatnya, mereka yang HIV-positif (dan individu yang berisiko) kerap berpindah tempat antara penjara dan masyarakat tempat tinggalnya, tempat ke mana mereka akan kembali dalam beberapa tahun. Mobilitas tinggi antara penjara dan masyarakat berarti penyakit menular dan penyakit lainnya yang ditularkan atau diperburuk dalam penjara tidaklah menetap di sana. Ketika mereka yang hidup dengan HIV dan HCV (dan/atau tuberkulosis) dibebaskan dari penjara, permasalahan kesehatan penjara menjadi permasalahan kesehatan masyarakat.

Tantangan bagi Layanan Kesehatan Penjara

Fakta bahwa seperempat populasi HIV positif pernah mengalami pemenjaraan merupakan sebuah tantangan besar, dan juga kesempatan untuk menyediakan mereka dengan layanan, pengobatan, dan dukungan, termasuk terapi antiretroviral. Penjara adalah titik penting untuk menjangkau berjuta-juta orang yang hidup dengan atau berisiko terinfeksi HIV yang luput dari sistem kesehatan masyarakat.²⁸ Pada kebanyakan negara, populasi minoritas, yang seringkali menjadi mayoritas populasi penjara, adalah yang paling terpuak oleh HIV dan cenderung memiliki akses yang lebih sedikit terhadap layanan kesehatan di masyarakat.²⁹ Bagi

banyak narapidana, pemenjaraan kemudian menjadi salah satu kesempatan untuk memperoleh layanan kesehatan dan konseling yang sangat dibutuhkan. Menurut Bobrik,

Layanan kesehatan yang terorganisir dengan baik dapat menjadi sumbangan besar bagi masyarakat luas dengan memberikan layanan pengobatan dan meningkatkan kesehatan, dengan mendeteksi dan menyembuhkan sejumlah besar kasus TB dan IMS, dengan menyediakan vaksinasi hepatitis B dan konseling HIV, dengan merujuk para narapidana kepada sejumlah layanan yang terdapat di masyarakat sesuai masa tahanan, dan dengan membantu proses integrasi kembali ke masyarakat. Masa kurungan seharusnya menekankan aspek kesehatan individu dan masyarakat luas.³⁰

Walaupun terdapat berbagai kesempatan, berbagai tantangan untuk memberikan perawatan, pengobatan, dan dukungan yang baik sangatlah besar. Pada banyak negara, tantangan yang paling besar adalah kurangnya sumber daya, finansial atau lainnya, bagi layanan kesehatan di penjara dan, lebih umum, sistem lembaga pemasyarakatan. Dalam beberapa kasus di mana layanan di penjara cukup baik, biaya penyelenggaraannya dipertanyakan dan usaha-usaha untuk memangkasnya malah memperburuk layanan yang telah ada.³¹

Kondisi kehidupan yang memprihatinkan yang dialami sebagian besar narapidana di dunia juga menambah kesulitan. Penyakit menjadi penyebab kematian yang paling umum di penjara. Organisasi non-pemerintah internasional seperti Amnesty International, Human Rights Watch, dan berbagai lembaga supervisi regional yang menangani permasalahan hak asasi, secara sistematis melakukan investigasi dan pendokumentasian kondisi kehidupan para narapidana, termasuk kekerasan oleh petugas penjara. Kebanyakan organisasi menunjuk pada jumlah narapidana yang melebihi kapasitas penampungan sebagai masalah utama yang

menyebabkan stres, kebersihan yang tak memadai, dan kurangnya privasi.³² Human Rights Watch merangkum kondisi penjara di keseluruhan dunia sebagai berikut:

Walaupun kondisi penahanan bervariasi dari negara yang satu dengan yang lain atau dari penjara yang satu dengan yang lain, standar yang diterapkan di sebagian besar negara secara mengejutkan sangatlah buruk. Bahkan lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan pada negara-negara yang paling kaya dan maju sekalipun digerogeti oleh permasalahan kepadatan penampungan jauh dari memadai, kurangnya layanan pengobatan, korupsi dan tindakan semena-mena oleh petugas, dan kekerasan antar sesama narapidana. Masyarakat menaruh perhatian terutama pada pengurangan narapidana itu sendiri daripada kondisi tempat mereka dikurung. Dan hal ini menyebabkan hanya kemajuan kecil yang telah diupayakan untuk memperbaiki keadaan tersebut.³³

Bersamaan dengan hambatan pembiayaan dan kondisi buruk penjara, penyelenggaraan layanan yang tepat sebagai respon terhadap HIV/AIDS seringkali terbentur oleh ideologi dan keyakinan yang berlaku yang memilih penghukuman daripada rehabilitasi.³⁴ Lebih jauh lagi, layanan kesehatan penjara mempunyai prioritas yang rendah dalam sistem pembinaan yang tentu saja memiliki prioritas dan nilai yang berseberangan dengan layanan kesehatan. Sederhananya, “pembinaan lebih merupakan aktivitas bidang keamanan masyarakat atau penegakan hukum daripada aktivitas bidang kesehatan masyarakat”³⁵ Harding mengutarakan:

Pengobatan di penjara memiliki ciri yang aneh, tedapat di antara dua sistem sosial yang besar, yaitu, penyelenggaraan kesehatan dan perdilan kriminal. Status yang tak nyaman dan marjinal tersebut bukan merupakan akibat dari pilihan atau orientasi dari petugas kesehatan penjara. Tapi disebabkan oleh tekanan-tekanan kebijakan peradilan kriminal—terutama kebijakan penjara—dan beberapa dekade penghirauan oleh ‘lembaga kesehatan’: kementerian kesehatan, asosiasi medis dan fakultas kedokteran beranggapan penjara berada di luar wilayah mereka dalam hubungannya dengan layanan kesehatan. Sebelum epidemi AIDS, WHO tidak menyelenggarakan satu pun kegiatan, konsultasi

atau studi dengan lingkup penjara. Sampai sepuluh tahun lalu, jurnal-jurnal kedokteran hampir tidak pernah mengusung artikel tentang kesehatan atau layanan pengobatan di penjara. Kegagalan layanan kesehatan di penjara telah berakibat pada permasalahan kesehatan masyarakat yang serius pada banyak sistem-sistem penjara.³⁶

Hak Asasi Internasional dan Kewajiban Sistem Penjara

Meskipun narapidana kehilangan hak kebebasan mereka, mereka tetap memiliki hak-hak dan perlakuan lain kecuali yang tersingkirkan atau terhambat oleh pemenjaraan mereka. Sejatinya negara berkewajiban untuk menyediakan para tahanan dengan layanan kesehatan fisik dan mental bermutu sebanding dengan yang tersedia di luar gerbang penjara.³⁷

Kegagalan untuk menyediakan para narapidana dengan akses pencegahan dan penanganan HIV yang setara dengan layanan yang tersedia di luar merupakan pelanggaran hak kesehatan narapidana dalam perspektif hukum internasional. Lebih jauh lagi, hal tersebut tidak selaras dengan instrumen internasional yang menangani hak-hak para narapidana, layanan kesehatan penjara, dan HIV/AIDS di penjara, termasuk di dalamnya *United Nations' Basic Principles for the Treatment of Prisoners*,³⁸ *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*,³⁹ dan *United Nations' International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*.⁴⁰

Menurut pedoman WHO, “semua narapidana mempunyai hak untuk menerima layanan kesehatan, termasuk langkah-langkah pencegahan, setara dengan yang tersedia di masyarakat tanpa diskriminasi, khususnya sehubungan dengan status hukum dan kewarganegaraan mereka.”

Terkandung dalam pedoman tersebut adalah rekomendasi eksplisit mengenai akses perawatan dan dukungan bagi narapidana positif HIV yang meliputi layanan pengobatan dan

konseling psikologi; perawatan lanjutan; informasi mengenai pilihan pengobatan; penerimaan layanan dan akses ke klinik penelitian yang setara dengan yang tersedia di masyarakat; kebebasan dari pemaksaan keterlibatan pada klinik penelitian; dan penerimaan layanan sesuai masa tahanan berdasarkan persetujuan mereka.

Panduan Internasional untuk HIV/AIDS dan Hak Asasi (*International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*) mengidentifikasi tindakan khusus berikut ini sehubungan dengan penjara:

Pejabat-pejabat penjara agar mengambil langkah-langkah yang diperlukan, termasuk kecukupan petugas, pengawasan efektif dan tindakan disiplin yang tepat, guna melindungi narapidana dari pemerkosaan, kekerasan dan pemaksaan seksual. Pejabat-pejabat penjara juga agar menyediakan para narapidana (dan petugas penjara), dengan akses informasi pencegahan HIV, edukasi, tes dan konseling sukarela, sarana pencegahan (kondom, pemutih dan alat suntik steril), pengobatan dan pelayanan dan partisipasi sukarela pada laboratorium penelitian HIV, begitu juga dengan menjaga kerahasiaan, dan agar melarang tes non-sukarela, pengucilan, dan juga melarang penolakan terhadap akses fasilitas penjara, perlakuan khusus dan program pembebasan bagi narapidana positif HIV. Pembebasan awal bagi narapidana yang hidup dengan HIV/AIDS agar menjadi pertimbangan.⁴¹

Pengobatan HIV yang Efektif dalam Lingkup Penjara

Akses terhadap perawatan dan pengobatan, termasuk terapi ARV dan pengobatan infeksi oportunistik dan infeksi lainnya, bervariasi antara negara maju, berpendapatan tinggi, negara dalam masa transisi, dan negara berkembang.

Di negara-negara maju dan berpendapatan tinggi, hak terhadap pemenuhan layanan kesehatan fisik dan mental dengan standar tertinggi yang dapat dicapai sesuai dengan prinsip kesetaraan akses perawatan mengharuskan agar narapidana memiliki akses perawatan yang tinggi, termasuk konsultasi dengan spesialis, tes diagnosa (CD4, *viral load*, resistensi virus) dan semua ARV yang telah mendapatkan lisensi untuk dijual di negara tersebut.

Kombinasi terapi antiretroviral, dan khususnya *Highly Active Antiretroviral* (HAART), adalah satu pendekatan pengobatan yang telah memberikan hasil positif di negara-negara maju maupun negara-negara lingkup “sulit” seperti negara-negara berkembang⁴² dan pada populasi “sulit” yang terinfeksi HIV seperti penasun.⁴³ Di lingkup dan kelompok-kelompok seperti ini, kombinasi terapi antiretroviral telah terbukti efektif dalam mencapai penekanan jumlah virus maksimal dan berkepanjangan, pemulihan dan pemeliharaan fungsi imunologis, perbaikan kualitas hidup, dan berkurangnya morbiditas dan mortalitas terkait dengan HIV.⁴⁴ Bila tidak mendapatkan perawatan, sebagian besar yang terinfeksi HIV akhirnya akan berlanjut mengembangkan sejumlah penyakit terkait HIV dan mati. Namun, bila mereka menerima terapi antiretroviral mereka dapat hidup dengan kesehatan yang bagus selama bertahun-tahun. Bagian-bagian tulisan berikut ini mengulas penggunaan terapi antiretroviral berbasis penjara di negara-negara maju, transisi, dan berkembang.

Pengobatan pada Penjara Negara-negara Maju

Pada negara-negara maju, banyak narapidana yang terinfeksi HIV menerima pengobatan antiretroviral. Tentu saja, banyak dari mereka yang terinfeksi HIV memulai pengobatan saat di penjara.⁴⁵ Akibatnya, kematian terkait AIDS di penjara menurun secara drastis. Di Amerika Serikat pada 1995, 34 persen kematian di penjara terkait dengan AIDS.⁴⁶ Sebuah studi sebelum era HAART menemukan bahwa hitung sel CD4 narapidana yang tidak mendapatkan pengobatan merosot tajam dibandingkan mereka yang tidak mendapatkan perawatan di luar penjara. Studi tersebut mengaitkan sebab penurunan dengan stres akibat pemenjaraan itu sendiri.⁴⁷ Namun, dari 1995 sampai 1999, kasus kematian terkait AIDS menurun lebih dari 75 persen pada penjara di Amerika Serikat berkat ketersediaan HAART. Pada 1999, 242 tahanan negara (20 per 100.000 tahanan negara) di seluruh negeri meninggal karena sebab-sebab

terkait AIDS, dibandingkan 1.010 pada 1995.⁴⁸ Departemen Pemasyarakatan Propinsi New York melaporkan laju kematian terkait AIDS sebesar 40,7 dari 10.000 narapidana pada 1990; pada 1998 laju tersebut menurun menjadi 6,1 kematian per 10.000 narapidana.⁴⁹ Hasil serupa juga didapati pada negara-negara di mana ART tersedia kepada narapidana.

Penelitian-penelitian yang dilakukan pada penjara-penjara di Amerika Serikat dan beberapa negara maju lainnya menunjukkan bahwa ketika disediakan perawatan dan akses pengobatan, narapidana memberikan respon yang baik terhadap ART. Springer dkk mendokumentasikan, pada sebuah studi kohort retrospektif terhadap narapidana di sistem penjara Connecticut, bahwa kenaikan jumlah CD4 dan penurunan jumlah virus tercapai dalam masa hukuman pada narapidana yang mendapatkan pengobatan antiretroviral selama lebih dari enam bulan: 59 persen mencapai jumlah virus tidak terdeteksi pada akhir masa hukumannya.⁵⁰

Kepatuhan

Aspek kunci untuk mencapai manfaat terbesar dari ART ialah kepatuhan terhadap rejimen yang diberikan. Meskipun lingkup sistem penjara menyumbangkan berbagai rintangan kecil dan besar terhadap kepatuhan, hal tersebut memberikan beberapa keuntungan juga.⁵¹

Sebagian besar studi menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan para narapidana sama tingginya dengan mereka yang terdaftar pada layanan kesehatan dasar yang terhubung dengan rumah sakit kabupaten, program rumatan metadon, atau penelitian kohort penasin.⁵² Pada satu studi yang melibatkan dua penjara Spanyol, tingkat kepatuhan yang dicatat bahkan melebihi apa yang dicapai di masyarakat.⁵³

Kepatuhan yang demikian sangatlah mengesankan mengingat hambatan-hambatan institusional yang dihadapi para narapidana. Di antara masalah-masalah yang paling sering diungkapkan narapidana adalah ketidaktersediaan obat-obatan dan tidak dipebolehkannya atau tidak mempunya pasien memenuhi panggilan pemeriksaan karena “penguncian” sel atau transfer narapidana.⁵⁴ Pada kebanyakan kasus, penerimaan dan kepatuhan ART oleh narapidana didasarkan pada faktor-faktor yang berbeda. Penerimaan terapi oleh narapidana dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap dokter dan terhadap obat-obatan HIV. Kepatuhan

yang merosot terhadap pengobatan narapidana rupanya berkorelasi dengan efek samping, pengucilan diri, dan kompleksitas rejimen antiretroviral.⁵⁵ Pada satu studi, pengucilan diri berhubungan dengan 12 kali risiko lebih tinggi terhadap ketidakpatuhan, dan setiap bagian kompleksitas rejimen antiretroviral dikaitkan dengan tiga kali risiko lebih tinggi terhadap ketidakpatuhan.⁵⁶ Pada sebuah studi lain terhadap narapidana perempuan yang terinfeksi HIV, baik penerimaan dan kepatuhan tampaknya mempunyai hubungan yang erat dengan hubungan interpersonal para narapidana dengan petugas kesehatan dan lingkungan sebayanya.⁵⁷

Tata cara pemberian pengobatan

Tata cara pemberian ART dapat berpengaruh besar terhadap kepatuhan pengobatan. Beberapa layanan kesehatan lembaga masyarakat memberikan antiretroviral di bawah pengawasan langsung. Tingkat kepatuhan tinggi yang diperlukan untuk mempertahankan penekanan virus (di atas 95 persen dari dosis obat yang diberikan⁵⁸) dapat menjadi justifikasi bagi terapi dengan pengawasan langsung (DOT). Alternatif DOT termasuk DOT yang dimodifikasi dan “*keep on person*” (KOP). Dengan DOT yang dimodifikasi, pasien menerima dosis harian antiretroviralnya dengan menenggak dosis pagi di depan petugas dan kemudian menenggak sendiri dosis berikutnya. Dengan KOP pasien menyimpan sendiri sekotak obat penuh dalam sel mereka (ketika pendingin tidak diperlukan) dan menenggak sendiri.⁵⁹ Strategi-strategi manapun dapat dipilih, dan kedua strategi ini juga digunakan secara bersamaan di satu penjara terhadap pasien-pasien yang berbeda. Manfaat dan kerugian dari masing-masing tata cara telah dipaparkan secara mendalam oleh Pontali.⁶⁰ Studi-studi yang tersedia sampai saat ini memberikan bukti yang beragam mengenai tata cara mana yang paling dianjurkan.

Sebuah studi di Italia yang membandingkan DOT dengan DOT yang dimodifikasi menunjukkan bahwa kelompok DOT mempunyai hasil virologi dan imunologi yang jauh lebih baik.⁶¹ Fisch dkk. juga menunjukkan data pendukung efektifitas DOT. Mereka membandingkan respon virologi narapidana dan non-narapidana positif HIV yang terdaftar pada uji coba Aids Clinical Trial Group yang menerima tiga atau empat kombinasi rejimen

obat. Pada minggu ke 80, 95 persen narapidana yang menerima pengobatan dengan DOT mempunyai jumlah virus di bawah 400 kopi/mL, dibandingkan dengan 75 persen non-narapidana, meskipun para narapidana memiliki CD4 baseline yang lebih rendah dan tingkat HIV RNA yang lebih tinggi.⁶² Namun tidaklah jelas apakah DOT yang menyebabkan perbedaan hasil virologi pada studi penelitian ini atau apakah mereka yang berada di dalam penjara mempunyai kepatuhan yang lebih baik terhadap terapi obat karena alasan-alasan lain, semisal karena mereka menerima pengobatan gangguan mental dan penggunaan napza ilegal berhasil dikurangi.⁶³ Pada studi penelitian penjara yang lain, Wohl dkk. menunjukkan tidak adanya perbedaan yang berarti dalam kepatuhan antara pengobatan sendiri dengan DOT.⁶⁴ Altice dkk. juga menemukan bahwa tingkat kepatuhan serupa bagi pasien yang mengonsumsi obat-obatannya sendiri (85 persen) dan bagi mereka yang menerima DOT (82 persen).⁶⁵

Kerahasiaan

Antri dalam barisan panjang untuk menerima DOT dapat mengurungkan niat narapidana untuk memulai atau melanjutkan terapi. Para narapidana dapat merasa khawatir dilabel positif HIV bila mereka terlihat beberapa kali sehari berada dalam antrian pengobatan, dan karenanya DOT mengakibatkan terungkapnya kerahasiaan.⁶⁶ Altice dkk. mencatat bahwa sejumlah besar partisipan dalam studi mereka merasa terkucilkan secara sosial karena positif HIV, dan banyak narapidana melaporkan mereka merahasiakan status HIV-nya dari narapidana lain.⁶⁷ Wohl dkk. menemukan bahwa 68 persen partisipan memberikan tanggapan mereka memilih untuk membawa obat-obatannya daripada disediakan dengan DOT. Berdiri dalam antrian yang berarti mengkompromikan kerahasiaan status mereka merupakan keluhan utama bagi para tahanan.⁶⁸

Kesinambungan perawatan

Wood dkk.,⁶⁹ Palepu,⁷⁰ dan Stephenson dkk.⁷¹ semuanya menemukan bahwa transisi antara penjara dan masyarakat seringkali dikaitkan dengan interupsi pada perawatan dan pengobatan dengan dampak yang merugikan terhadap hasil virologi dan imunologi. Springer dkk. mendokumentasikan efektifitas ART pada narapidana positif HIV, namun menemukan

bahwa mereka yang dipenjara kembali mengalami peningkatan jumlah virus dan penurunan rata-rata pada hitung limfosit CD4 sebesar 80 limfosit/ μ L.⁷² Pemenjaraan kembali dapat dikaitkan dengan kekambuhan menggunakan napza, terputusnya terapi, dan, mungkin, gangguan mental yang tidak terkendali. Manfaat dalam status kesehatan yang didapat selama masa pemenjaraan hilang bagi mereka yang dipenjarakan kembali. Hal ini menggarisbawahi kebutuhan akan layanan paska-perawatan bagi mereka yang terinfeksi HIV saat pembebasan.⁷³

Mantan narapidana menghadapi banyak kendala setelah kembali ke masyarakat, yang menggarisbawahi peranan paska-perawatan, terutama bagi tahanan yang memiliki riwayat penggunaan napza. Bagi narapidana yang hidup dengan HIV, kendala-kendala ini dapat menjadi penghalang besar bagi keberlanjutan pengobatan. Karena penjara hanyalah persinggahan bagi kebanyakan terdakwa, perencanaan seksama pelepasan narapidana adalah kunci dalam mempertahankan manfaat layanan kesehatan yang terlebih dahulu didapat dalam penjara, dan hal ini membutuhkan pendekatan yang komprehensif.⁷⁴ Perencanaan yang efektif akan mempertimbangkan berbagai permasalahan seperti penempatan kerja, pengobatan bagi penggunaan napza, gangguan mental dan rujukan, kunjungan layanan pengobatan HIV dan lainnya, dan rujukan untuk bantuan tempat tinggal. Perencanaan yang matang dapat membantu mantan narapidana mematuhi pengobatan mereka dengan memberikan layanan bantuan stabilisasi sosial, transportasi, dan perawatan anak.⁷⁵ Di Rhode Island, model program terintegrasi yang memberikan perencanaan matang sebelum usainya masa tahanan mengurangi tingkat residivisme 12 bulan pada narapidana perempuan positif HIV dari 39 persen menjadi 17 persen⁷⁶ dan mengurangi angka residivisme dua tahun pada kohort penjara Massachusetts dari 72 persen menjadi 49 persen.⁷⁷ Terdapat spekulasi bahwa hasil-hasil ini dapat turut diaplikasikan pada perawatan HIV lanjutan dan keberlangsungan reguler ART.⁷⁸ Pengalaman awal menunjukkan bahwa jembatan antara penjara dan masyarakat ini dapat dilaksanakan dan sangat esensial artinya bagi kesinambungan perawatan HIV.⁷⁹ Di samping itu perencanaan pembebasan dan rujukan kepada layanan paska-perawatan di masyarakat tidak hanya menjaga kesinambungan layanan pengobatan, tapi juga memfasilitasi upaya pencegahan sekunder yang berlangsung.⁸⁰

Pentingnya kesinambungan perawatan dari penjara ke masyarakat juga menggarisbawahi pentingnya menjaga perawatan saat narapidana berpindah seputar sistem peradilan. Transfer dari satu penjara ke penjara lain atau jadwal pengadilan dapat berakibat kesulitan mengkoordinasi layanan pengobatan dan penyediaan pengobatan tepat waktu.⁸¹

Kondisi komorbid

Banyak mereka yang hidup dengan HIV dalam penjara juga hidup dengan HCV, dan banyak narapidana positif HIV terus menderita, menularkan, dan mendapatkan tuberkulosis.

Sejumlah studi belakangan ini telah menunjukkan bahwa perawatan HCV dapat dilakukan dan tampak memberikan manfaat pada populasi masyarakat.⁸² [Untuk informasi lebih jauh mengenai pengobatan HIV dan koinfeksi HCV, lihat bab lima dan enam].

Bagi narapidana yang hidup dengan HIV, tuberkulosis menjadi ancaman kesehatan yang besar. Infeksi HIV adalah faktor risiko paling penting bagi berkembangnya tuberkulosis dan tuberkulosis adalah penyebab kematian utama bagi mereka yang hidup dengan HIV. Terdapat pula bukti yang menunjukkan bahwa tuberkulosis dapat meningkatkan kecepatan replikasi HIV. Beberapa laporan mengesitmasikan tuberkulosis 100 kali lebih sering dijumpai di penjara dari pada di masyarakat. Kondisi kehidupan penjara yang di bawah standar, termasuk daya tampung yang tak layak, ventilasi dan gizi yang tidak memadai, memperburuk berbagai usaha untuk mengendalikan penyebaran tuberkulosis dalam penjara. Lebih jauh lagi, penjara-penjara di berbagai sebaran wilayah dunia dari Thailand, New York, dan Rusia telah melaporkan tingginya angka tuberkulosis resisten obat relatif terhadap populasi umum.⁸³ [untuk informasi mengenai pengobatan bagi HIV dan koinfeksi tuberkulosis, lihat bab tujuh].

Pengobatan HIV bagi Narapidana di Negara Berkembang dan Negara Transisi: Saatnya Bertindak

Bagi negara transisi dan negara berkembang, komitmen masyarakat internasional terhadap prinsip kesetaraan dalam pengobatan di masyarakat dan penjara, juga niat kesediaan

pemerintah domestik untuk menganut prinsip tersebut, diuji dalam konteks kampanye 3X5 WHO.

Sampai saat ini, tersedia sedikit informasi mengenai apa yang sedang diupayakan guna memastikan bahwa sistem penjara merupakan bagian integral dari upaya perluasan, dan tidak ada studi ataupun pedoman mengenai masalah ini. Pada Desember 2005, sebuah artikel berita di *British Medical Journal* mencatat bahwa seorang narapidana Afrika Selatan yang dipenjara karena melakukan pembunuhan dan menderita AIDS telah memenangkan haknya untuk meninggal di kediamannya di tengah anggota keluarganya. Artikel tersebut menyebutkan bahwa narapidana tersebut tidak pernah mendapatkan pengobatan antiretroviral, “walaupun pengobatan ini seharusnya tersedia di penjara-penjara seantero negeri.” Jumlah kematian pada narapidana Afrika Selatan karena apa yang diketahui sebagai “sebab alamiah” telah meningkat tajam, dan sebagian besar dari jumlah kematian ini disebabkan oleh AIDS.⁸⁴ Di samping putusan pengadilan terdahulu yang memberikan akses ART bagi narapidana di penjara, jumlah narapidana yang menerima ART tidak diketahui.⁸⁵ Departemen Layanan Pemasarakatan Afrika Selatan saat ini sedang mengkaji proposal kebijakan HIV/AIDS bagi pelanggar hukum dan telah mensinyalkan akan mengikutsertakan narapidana dalam proses implementasi perluasan ART di tingkat propinsi. Departemen mengakui bahwa kendala yang dihadapi sangat besar, termasuk meningkatnya prevalensi HIV di penjara, komplikasi yang berkembang dalam penanganan TB, membuat sarana keamanan bagi narapidana yang menerima ART untuk menerima pengobatan dan menjalani pemeriksaan pada pusat kesehatan masyarakat, dan memastikan akses pengobatan sekeluarnya dari penjara. Seorang komentator memperhatikan bahwa departemen harus mampu untuk menyediakan akses ART “tanpa cacat,” karena sejumlah dampak negatif baik bagi pasien maupun kesehatan masyarakat bila pengobatan terputus atau terhenti.⁸⁶ Pada Maret 2006, lebih dari 200 narapidana positif HIV mengakhiri aksi mogok makan setelah para pejabat penjara mengabdikan tuntutan mereka akan pengobatan.⁸⁷ Dalam analisa mengenai Zambia, Simooya dan Sanjobo pada bulan Desember 2005 mencatat bahwa “hidup dengan HIV/AIDS dan penyakit kronis lainnya di penjara, tetap merupakan hukuman ganda bagi para tahanan di berbagai belahan dunia.”⁸⁸ Penulisnya mengemukakan bahwa hanya sedikit negara yang

mematuhi prinsip kesetaraan dalam pengobatan. Pada tahun 2004 saja, 449 narapidana meninggal karena penyakit terkait AIDS di penjara-penjara Zambia, dan bahwa hanya sejumlah kecil narapidana yang hidup dengan HIV/AIDS yang menerima ART – walaupun Zambia termasuk relatif sukses dalam perluasan akses pengobatan beberapa tahun belakangan.⁸⁹ Simooya dan Sanjobo menulis kesimpulan:

Dengan lingkup seperti ini, telah menjadi suatu keharusan bahwa layanan standar HIV/AIDS yang disokong oleh kampanye agresif untuk meningkatkan kondisi kehidupan dalam penjara sangat dibutuhkan di Zambia dan negara-negara lain yang terdampak oleh pandemi AIDS. Layanan-layanan ini harus setara dengan layanan-layanan yang tersedia di luar penjara dan juga meliputi perawatan maupun akses terapi antiretroviral.

Di seluruh dunia, mereka yang hidup dengan HIV/AIDS sekarang dapat hidup lebih lama dan dapat lebih berguna bagi hidupnya, dan mereka yang hidup di penjara harus berhenti menderita akibat infeksi yang penanganannya sekarang telah dimengerti dengan baik. Tak ada satu pun alasan hukum, kesehatan, atau moral bagi hukuman ganda HIV/AIDS dalam penjara.

Beberapa sistem penjara di Eropa Timur dan negara bekas Uni Soviet telah memulai program pengobatan skala kecil, atau telah memulai mengedukasi petugas kesehatan penjara terhadap program-program tersebut. Bagaimanapun juga, hanya sedikit yang telah diupayakan, dibandingkan dengan apa yang menjadi kebutuhan. Misalnya, Bobrik memperkirakan pada 2004 bahwa hanya 2 atau 3 persen dari narapidana dengan HIV atau AIDS (yaitu, sekitar 1.000) di Rusia yang mempunyai kebutuhan klinis akan HAART.⁹⁰ Namun dalam 5 tahun, sekitar 75 persen (25.000) akan membutuhkan pengobatan tersebut. Memastikan program pengobatan HIV berkesinambungan yang terintegrasi atau setidaknya terhubung dengan program pengobatan HIV umum Rusia dan menjawab kebutuhan narapidana yang hidup dengan HIV/AIDS yang kian bertambah akan menjadi sebuah tantangan besar.

Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Penjara harus menjamin bahwa narapidana akan menerima perawatan, dukungan, dan pengobatan yang setara dengan yang tersedia bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS di masyarakat, termasuk HAART yang berkesinambungan.

Kemunculan kombinasi terapi antiretroviral telah mengurangi angka mortalitas terkait infeksi HIV dan AIDS secara drastis di negara-negara seluruh dunia di mana ART dapat diakses masyarakat. Terdapat penurunan tingkat mortalitas yang paralel pada mereka yang dipenjara di negara-negara tersebut. Menyediakan akses ART kepada mereka yang membutuhkan dalam konteks lembaga pemasyarakatan merupakan sebuah tantangan, tapi sangatlah diperlukan dan dapat dilaksanakan. Berbagai studi telah mendokumentasikan bahwa ketika perawatan dan akses pengobatan tersedia, narapidana memberikan respon yang baik terhadap pengobatan antiretroviral. Tingkat kepatuhan dalam penjara dapat sama tingginya, atau lebih tinggi daripada, tingkat kepatuhan pasien di masyarakat. Tapi manfaat kesehatan yang diperoleh selama masa pemenjaraan dapat menjadi sia-sia bila perencanaan pembebasan yang seksama dan hubungan dengan perawatan di masyarakat tidak diperhitungkan.

2. Ketika ART semakin tersedia di negara-negara maju dan transisi, sangatlah penting untuk menjamin ketersediaan ART pada penjara-penjara di negara tersebut. Menjaga kesinambungan perawatan dari masyarakat ke penjara dan kembali ke masyarakat, juga kesinambungan perawatan dalam penjara, merupakan komponen vital dari kesuksesan berbagai upaya perluasan cakupan pengobatan. Upaya-upaya ini harus terdapat pada tingkatan internasional, nasional, regional dan lokal.

Internasional

Pada tingkat internasional, inisiatif akses pengobatan oleh WHO dan organisasi lain perlu mengikutsertakan komponen khusus penjara dan memastikan bahwa sistem penjara disertakan dalam misi bantuan teknis. Inisiatif-inisiatif ini juga harus mengumpulkan dan mempublikasikan data tentang akses dan cakupan dalam penjara; menggarisbawahi,

mengembangkan, dan mempromosikan model yang menggambarkan praktek yang baik dan paling baik; dan mengarahkan perhatian para pembuat kebijakan dan donor terhadap implikasi kesehatan masyarakat dan hak asasi yang ditimbulkan oleh akses pengobatan yang tak memadai dalam penjara. Selanjutnya, Global Fund dan donor internasional harus digerakkan terhadap permasalahan yang berkenaan dengan HIV/AIDS dalam penjara, dan pendanaan tersedia secara khusus untuk HIV/AIDS dalam penjara, termasuk inisiatif untuk meningkatkan layanan perawatan kesehatan dalam penjara dan kondisi umum yang mempengaruhi kesehatan narapidana.

Nasional

Beberapa langkah diperlukan pada tingkat nasional: (1) lembaga penanganan penjara harus memiliki tempat pada komisi HIV/AIDS nasional, dan permasalahan penjara patut menjadi bagian dari kerangka kerja program HIV/AIDS yang disetujui dan bagian dari sistem pengawasan dan evaluasi tingkat nasional; (2) lembaga penanganan penjara perlu dilibatkan dalam setiap aspek perluasan akses pengobatan, dari pengajuan pendanaan (untuk memastikan terdapat dana yang disisihkan untuk penjara), sampai pengembangan, implementasi, dan pengawasan dan evaluasi dari rencana-rencana pengobatan; (3) kementerian yang bertanggungjawab terhadap kesehatan dan kementerian yang bertanggungjawab terhadap penjara perlu bekerjasama dengan erat, menanggapi masalah kesehatan penjara sebagai masalah kesehatan masyarakat; dengan cara lain, pemerintah perlu memberikan tanggung jawab layanan kesehatan dalam penjara kepada kementerian, departemen, dan lembaga yang mengelola layanan kesehatan bagi masyarakat (lihat di bawah); (4) pedoman perlu dikembangkan dengan menyebutkan bahwa mereka dengan HIV atau AIDS diperbolehkan menyimpan obat-obatannya, atau disediakan pengobatan, pada saat penangkapan, selama masa pemenjaraan, dan pada kesempatan di mana mereka dipindahkan antar penjara atau untuk menghadiri pengadilan. Polisi dan petugas lapas perlu diberikan pendidikan tentang pentingnya kesinambungan pengobatan.

Regional dan lokal

Akhirnya, penjara perlu membentuk kemitraan pada tingkat regional dan lokal dengan klinik kesehatan, rumah sakit, universitas, dan LSM (termasuk organisasi orang yang hidup dengan HIV atau AIDS) guna memberikan layanan perawatan kesehatan atau lainnya bagi narapidana, dan mengembangkan program perawatan dan pengobatan yang terintegrasi.

3. Mengusahakan agar pengobatan substitusi tersedia di penjara dan menyadari semakin pentingnya peranan substitusi dalam memfasilitasi pemberian terapi antiretroviral bagi penasun.

Di banyak negara, sejumlah besar dari mereka yang membutuhkan ART adalah penasun. Bagi mereka, akses terapi substitusi seringkali menjadi syarat untuk mendapatkan pengobatan antiretroviral. Terapi rumatan mampu menstabilkan kehidupan pengguna napza yang mengalami ketergantungan opioid, dan menghindari atau menangani komplikasi penggunaan napza suntik, dan merupakan komponen esensial dalam strategi menjaga penasun tetap berada dalam pengobatan.⁹¹ Terapi rumatan juga merupakan titik awal yang dapat difungsikan untuk perluasan ART, meningkatkan kepatuhan pengobatan, dan meningkatkan akses perawatan.⁹² Ketika terapi substitusi tersedia di masyarakat, maka terapi substitusi juga harus tersedia di penjara-penjara, sehingga mereka yang menjalani terapi substitusi dan ART mampu untuk mengakses tanpa harus terputus (interupsi).

4. Agar meningkatkan akses perawatan dan pengobatan, termasuk ART, sistem lembaga pemasyarakatan harus meningkatkan akses tes HIV. Terutama dengan cara:

- Menawarkan tes HIV kepada para narapidana pada saat masuk dan secara rutin selama masa pemenjaraan sehingga mereka mendapatkan hak untuk mengetahui status HIV mereka; dan dengan demikian, mereka yang positif HIV dapat mengambil manfaat dari akses perawatan, pengobatan (termasuk ART), dan dukungan.
- Senantiasa menyediakan layanan tes HIV berbasis kesukarelaan dengan memberikan *informed consent* kepada mereka yang menjalani tes dan akses konseling pre- dan paska-tes.

- Menghubungkan secara erat layanan tes dan konseling dengan akses perawatan, pengobatan, dan dukungan bagi mereka yang kedatangan hasil tes positif. Tes dan konseling layaknya menjadi bagian dari program HIV/AIDS komprehensif yang turut menyertakan akses pencegahan.

Terdapat sejumlah bukti bahwa program rutin yang menawarkan tes HIV pada saat masuk penjara dapat membuat narapidana menyambut tes HIV tersebut,⁹³ terutama bila tes HIV merupakan bagian dari sebuah program perawatan dan pengobatan yang komprehensif, dan bila hasil tes HIV dapat dijaga kerahasiaannya, dan mereka yang dengan sukarela membuka tatus HIV positif mereka tidak mengalami diskriminasi atau kekerasan.⁹⁴ Sebaliknya, kebijakan tes dengan paksaan (*mandatory*) dan pemisahan (*segregation*) tidak membuahkan hasil.⁹⁵ HIV tidak ditularkan melalui kontak wajar (seperti TB aktif, misalnya), dan karenanya tes dengan paksaan dan pemisahan mereka yang hidup dengan HIV dalam penjara tidak memiliki manfaat dalam ranah kesehatan masyarakat. Di Amerika Serikat, pemisahan tahanan yang positif HIV pada salah satu penjara di South Carolina mengakibatkan ledakan wabah tuberkulosis dengan 71 persen tahanan yang mendiami kompleks yang sama terjangkit infeksi tuberkulosis baru, didiagnosa melalui pemeriksaan tes kulit, atau mengembangkan gejala-gejala tuberkulosis. Tigapuluh satu tahanan, dan seorang mahasiswa kedokteran di rumah sakit setempat kemudian terjangkit tuberkulosis aktif.⁹⁶

5. Layanan perawatan kesehatan di penjara perlu mendapatkan pendanaan yang layak dan beranjak dari model lama “berdasarkan panggilan” menjadi sistem yang proaktif.

Pada 1992, sebuah studi gabungan oleh American College of Physicians, National Commission on Correctional Health Care, dan American Correctional Health Services Association, mengemukakan “krisis pada layanan kesehatan lembaga pemasyarakatan.” Studi tersebut menguak bagaimana pemenjaraan sejumlah besar pengguna napza, banyak di antaranya hidup dengan HIV/AIDS, telah memperburuk permasalahan yang ada dalam penyediaan perawatan kesehatan di penjara.

Studi ini kemudian merekomendasikan, di antaranya, agar anggaran layanan kesehatan lembaga pemasyarakatan hendaknya mencerminkan kebutuhan yang kian berkembang dari populasi penjara; agar layanan kesehatan pada lembaga pemasyarakatan terintegrasikan dengan elemen sektor kesehatan masyarakat lainnya; dan agar layanan kesehatan pada lembaga pemasyarakatan dapat beranjak dari model reaktif “berdasarkan panggilan” menjadi sebuah sistem yang proaktif yang menekankan deteksi awal penyakit dan pengobatan, peningkatan kesehatan, dan pencegahan penyakit.⁹⁷ Rekomendasi-rekomendasi ini sejalan dengan sejumlah rekomendasi lain dari studi setelahnya pada penjara federal di Kanada. Studi ini menunjukkan bahwa terdapat kebutuhan bagi infrastruktur kesehatan masyarakat untuk melaksanakan tugas utamanya dalam penjara dengan mengimplementasikan rangkaian upaya pemeriksaan, perlindungan, dan peningkatan status kesehatan narapidana; secara efektif melaksanakan survey terhadap penyakit menular dan kronis; mengkoordinasikan langkah-langkah pencegahan penyakit dan penanganan kecelakaan; dan mengevaluasi efektifitas, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan. Studi tersebut menyimpulkan bahwa “menjawab berbagai keperluan kesehatan [narapidana] akan memberikan sumbangsih bagi suksesnya proses rehabilitasi dan reintegrasi narapidana ke masyarakat.”⁹⁸

6. Mempertimbangkan secara seksama dampak positif bagi penanganan HIV/AIDS di penjara yang dapat diperoleh dengan transfer kendali kesehatan di penjara kepada lembaga-lembaga kesehatan masyarakat.

Pada hampir seluruh sistem lembaga pemasyarakatan di dunia, layanan kesehatan disediakan oleh kementerian atau departemen yang bertanggung jawab terhadap administrasi penjara, bukannya oleh kementerian atau departemen yang bertanggung jawab terhadap layanan kesehatan. Penjara tidak dibangun dan karenanya tidak dilengkapi dengan sarana guna menangani narapidana yang terinfeksi penyakit-penyakit kronis, dan dapat berakibat fatal seperti HIV/AIDS, hepatitis, dan tuberkulosis. Penjara tidak memiliki petugas dalam jumlah memadai, pelatihan petugas yang layak atau peralatan yang layak untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pada narapidana yang menderita penyakit-penyakit tersebut. Otoritas

dan pengaruh para pejabat penjara dapat saja mengkompromikan tanggung jawab etik petugas layanan kesehatan. Pada situasi di mana petugas layanan kesehatan penjara memiliki komitmen tuntut memenuhi tanggung jawab etik mereka terhadap narapidana dan untuk menyediakan layanan kesehatan yang layak, pengurus dan petugas keamanan penjara seringkali menghambat mereka untuk bertindak demikian. Kepercayaan sangatlah penting bagi hubungan etik yang efektif antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan. Ketika layanan kesehatan narapidana tunduk kepada pengurus penjara, kemungkinan narapidana akan mempercayai penyedia layanan kesehatan sangatlah kecil. Minimnya kepercayaan turut mengakibatkan perawatan kesehatan di bawah standar bagi narapidana.⁹⁹

Pengalaman di berbagai sistem lembaga pemasyarakatan telah menunjukkan bahwa layanan kesehatan di penjara dapat diberikan dengan lebih efektif oleh instansi kesehatan masyarakat daripada oleh pengurus penjara. Hal ini memiliki keuntungan memperkuat hubungan antara kesehatan di masyarakat dengan kesehatan di penjara.¹⁰⁰ Norwegia merupakan salah satu negara pertama yang memulai perubahan demikian pada kepengurusan kesehatan penjara, dan Prancis telah membuahkan hasil yang baik semenjak transfer manajemen kesehatan penjara kepada Departemen Kesehatan tahun 1994 dan dengan peruntukan satu rumah sakit untuk tiap penjara.¹⁰¹

7. Begitu sistem lembaga pemasyarakatan berkembang dan mulai mengimplementasikan program perawatan dan pengobatan, perhatian khusus harus dipusatkan kepada informasi dan layanan-layanan yang diperuntukkan bagi narapidana perempuan.

Karena terdapat lebih sedikit perempuan dibandingkan laki-laki dalam penjara, layanan-layanan kesehatan yang disediakan untuk perempuan terkadang sangat minim dan berkualitas rendah. Dengan maraknya HIV/AIDS, permasalahan baru timbul bagi narapidana perempuan. Narapidana perempuan membutuhkan upaya pencegahan yang sama dan tingkat perawatan, pengobatan, dan dukungan yang sama seperti narapidana laki-laki. Namun, diperlukan upaya-upaya yang memberikan penegasan bahwa permasalahan yang dihadapi perempuan pada lingkup penjara seringkali mencerminkan, dan diperparah, oleh

kelemahan dan kekerasan yang telah diderita oleh banyak perempuan di luar penjara. Tugas untuk melindungi narapidana perempuan dari penularan HIV dan untuk menyediakan perawatan, pengobatan, dan dukungan bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS, adalah tantangan yang berbeda--dan terkadang lebih besar--dari tantangan yang dihadapi dalam penanganan HIV bagi narapidana laki-laki.

8. Akhirnya, prioritas harus ditekankan demi mengurangi jumlah orang yang dipenjarakan.

Pemenjaraan tidak dapat dipandang sebagai solusi jangka pendek atau panjang bagi permasalahan napza baik individu maupun masyarakat. Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa rasa takut akan penangkapan dan sanksi keras tidaklah menjadi faktor utama dalam pertimbangan keputusan seseorang untuk menggunakan atau memperdagangkan napza. Terdapat sebuah penelitian juga yang menunjukkan korelasi kecil antara tingkat pemenjaraan dengan prevalensi penggunaan napza di suatu negara atau suatu kota tertentu; dan bahwa dampak upaya pemberantasan terhadap harga jauh kurang memberikan manfaat daripada kekuatan pasar lainnya.¹⁰² Dengan biaya-biaya terkait pemenjaraan yang besar sebagai salah satu cara mengurangi permasalahan napza, sangatlah sukar untuk memberikan justifikasi terhadap efektifitas pendekatan kebijakan napza yang memberikan prioritas terhadap penangkapan dan hukuman tinggi bagi pengguna napza. Banyak dari permasalahan yang ditimbulkan oleh infeksi HIV dan oleh penggunaan napza dalam penjara dapat dikurangi bila alternatif terhadap pemenjaraan, khususnya kejahatan terkait napza, dapat dikembangkan dan tersedia. Pada 1987, WHO, dalam sebuah pernyataannya pada Konsultasi terhadap Pencegahan dan Kontrol AIDS (*Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons*) yang pertama, mencatat bahwa “[n]egara dapat...mengkaji kembali kebijakan sanksi pemenjaraan, khususnya yang menyangkut para pelaku penyalahgunaan napza, dipandang dari sisi epidemi AIDS dan dampaknya terhadap penjara.”¹⁰³ Kenyataan bahwa banyak negara yang memalingkan perhatiannya dari saran ini terus memicu krisis kesehatan masyarakat dan hukum kriminal yang senantiasa meluas.

Referensi

1. United Nations Commission on Human Rights, 1996. Fifty-second session, item 8 of the agenda. HIV/AIDS in Prisons – statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva, Switzerland.
2. Spanish Focal Point. 2001. *National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Madrid: Government Delegation for the National Plan on Drugs; 84, dengan referensi.
3. Maruschak, L. *HIV in Prisons, 2003*. Washington, DC: U.S.. Dept of Justice Statistics Bulletin, 2005.
4. Lines R. *Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card*. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002.
5. Dolan, K, dkk. 2004. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries. Diakses di:
<http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/website/Research.current.cp47publications>.
6. Bobrik A, dkk. Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*. 2005; 26: 30-59.
7. Dolan. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries.
8. Nagaraj SG, Sarvade M, Muthanna L, Raju R, Aju S, dan NM Sarvade. HIV seroprevalence and prevalent attitudes amongst the prisoners: A case study in Mysore, Karnataka state India. Makalah dipresentasikan pada Konferensi AIDS Internasional XII, Durban, Afrika Selatan, Juli 2000.
9. Simooya OO, Sanjobo N, Kaetano L, Siljumbila G, Munkonze, dan F Tailoka, dkk. Behind walls: a study of HIV risk behaviours and seroprevalence in prisons in Zambia. *AIDS*. 2001; 15: 1741-1744.
10. Goyer KC. 2003. *HIV/AIDS in Prison: Problems, Policies and Potential*. Pretoria: Institute for Security Studies, Monograph no. 79, Februari 2003, bab 1.
11. Darke S, Kaye S, dan R Funkay-Jones. Drug-use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*. 1998; 93/8: 1169-75; Malliori M, Sypsa V, dan M Psychogiu, dkk. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviors in Greek prisons. *Addiction*. 1998; 93/2: 243-51; Long J. Prevalence of risk factors for blood-borne viruses among prison inmates and entrants in Ireland: an overview. Presentasi untuk konferensi mengenai HIV, Hepatitis C, dan Pengurangan Dampak Buruk di Penjara: Evidence, Best Practice and Human Rights. Dublin, Irlandia, 11 Desember, 2003.
12. Correctional Service Canada. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Ottawa: Minister of Supplies and Services: Kanada, 1994.
13. Dolan K, dkk. Prison-based syringe exchange programs: a review of international research and development. *Addiction*. 2003; 98; 153-159, dengan referensi.
14. Lihat, misalnya, Richardson C, Ancelle-Park R, dan G Papaevangelou. Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. *AIDS*, 1993; 7: 1485-1491; Granados A, Miranda MJ, dan L Martin. "HIV seropositivity in Spanish prisons," dipresentasikan pada Konferensi AIDS Internasional VI, San Fransisco. Nomor Abstrak Th.D. 116, 1990.
15. Taylor, et al.
16. Dolan K, Hall W, Wodak A, dan M Gaughwin. Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *Medical Journal of Australia*. 1994; 160/11: 734.

17. Bobrik, dkk. Prison health in Russia: the larger picture.
18. Jurgens R. HIV/AIDS in prisons: recent developments. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*. 2002; 7(2/3): 13-20, dan 19, merujuk kepada Dapkus L, "Prison's rate of HIV frightens a nation," *Associated Press*, 29 September, 2002; dan MacDonald M, *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*. Finlandia: Heuni, 2005.
19. Walmsley R. *World prison population list* (cetakan ke-4). London: Home Office Research, Direktorat Pembangunan dan Statistik, 2003.
20. Belenko S. *Behind Bars: Substance Abuse and America's Prison Population*. New York: Pusat Adiksi dan Penyalahgunaan Zat Nasional di Universitas Columbia, 1998.
21. Boutwell A, and J Rich. HIV infection behind bars. *Clinical Infectious Diseases*. 2004; 38: 1761-1763.
22. Dolan, supra, nomor 13, dengan referensi.
23. Ball A, dkk. *Multi-centre Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection: A Report Prepared on Behalf of the International Collaboration Group for the World Health Organization Programme on Substance Abuse*. Jenewa: World Health Organization, 1995.
24. US National Commission on AIDS. *Report: HIV Disease in Correctional Facilities*. Washington, DC, (1991): 10.
25. Hammett TM, Harmon MP, dan W. Rhodes. The burden of infectious disease among inmates of and releases from US correctional facilities. *American Journal of Public Health*. 2002; 92: 1789-1794.
26. Disease control in North West Russia. *Prison Healthcare News*, 4, musim semi 2003.
27. UNAIDS. *Prison and AIDS: UNAIDS Point of View*. Jenewa: UNAIDS, 1997.
28. Glaser JB, dan RB Greifinger. Correctional health care: A public health opportunity. *Ann Int Med*. 1993; 118: 139-145.
29. Pontali E. Antiretroviral treatment in corectional facilities. *HIV Clinical Trials*. 2005; 6(1): 25-37.
30. Bobrik A, dkk. Prison health in Russia: the larger picture, supra.
31. Editorial. Prison health services should be as good as those for the general community. *British Medical Journal*. 1997; 315: 1394-1395.
32. MacDonald M. *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prison in Ten Countries from Central and Eastern Europe*.
33. Human Rights Watch. Laporan tersedia online di: <http://hrw.org/prisons/abuses.html>.
34. Jurgens R, dan B. Betteridge. Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health & Human Rights*. 2005; 8:2: 47-74.
35. Brewer TF. HIV in prisons: the pragmatic approach. *AIDS*. 1991; 5: 897.
36. Harding T. Do prisons need special health policies and programs? *International Journal of Drug Policy*. 1997; 8(1): 22-30.
37. Betteridge.
38. Basic Principles for the Treatment of Prisoners, UN GA Res. 45/111, annex, 45 UN AOR Supp (No. 49A) di 200, UN Doc A/45/49 (1990).
39. WHO. *WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*. Jenewa, Swiss: 1993. (selanjutnya disebut WHO Guidelines).

40. International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. UNCHR Res. 1997/33, UN Doc. E/CN.4/1997/150 (1997), para. 29(e).
41. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines*. New York and Jenewa: United Nations, 1998 (HR/PUB/98/1), nomor 29(e).
42. Coetzee D, dkk. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, Afrika Selatan. *AIDS*. 2004; 18(6): 887-895; Palombi L, dkk. One year of HAART in Mozambique: survival, virological, and immunological results of DREAM prooject in adults and children. 2004. Dari: Program dan abstrak untuk Konferensi mengenai Retrovirus dan Infeksi Oportunistik. 8-11 Februari, San Fransisco, California. Abstrak 148.
43. Open Society Institute. *Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*. New York, International Harm Reduction Program. 2004; World Health Organization, *Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use. Policy Brief: Antiretroviral Therapy and Injecting Drug Users*. Jenewa, Swiss; 2005.
44. Pontali E. Antiretroviral treatment in correctional facilities, supra, dengan referensi Hogg RS, dkk. Improved survioal among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA*. 1998; 279: 450-454; Ohogg RS, dkk. Improved survival among HIV-infected patients after initiation of triple-drug antiretroviral regimens. *Canadian Medical Association Journal*. 1999; 160: 695-665; Palella FJ, dkk. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *New England Journal of Medicine*. 1998; 338: 853-860; Lavalle C, dkk. Reduction in hospitalization costs, morbidity, disability, and mortality in patients with AIDS treated with protease inhibitors. *Arch Med Res*. 2000; 31: 315-319; Florida M, dkk. Hospitalizations and costs of treatment for protease inhibitor-based regimens in patients with very advanced HIV-infection (CD4<50/mm3). *HIV Clin Trials*. 2000; 1: 9-16.
45. Altice FL, Mostashari F, dan GH Friedland. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2001; 28: 47-58.
46. Maruschak L. *HIV in Prisons*, 1999. Washington, DC (2001): U.S. Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics Bulletin.
47. Griffin MM, dkk. Effects of incarcerations on HIV-infected individuals. *Journal of the National Medical Association*. 1998; 88: 639-644.
48. Maruschak. *HIV in Prisons*, 1999.
49. Anonim. Decrease in AIDS-related mortality in a state correctional system—New York, 1995-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1999; 47: 1115-1117.
50. Springer, dkk. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release oto the community. *Clinical Infectious Diseases*. 2004; 38: 1754-1760.
51. Pontali. Antiretroviral treatment in correctional facilities, supra.
52. Pontali. Antiretroviral treatment in correctional facilities, supra, dengan referensi.
53. Soto Blanco JM, Perez JR, dan JC March JC. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *Int J STD AIDS*. 2005; 16(2): 133-138.
54. Baillargeon J, dkk. Antiretroviral prescribing patterns in Texas prison system. *Clin Infect Dis*. 2003; 31: 1476-1481.
55. Altice, Mostashari, dan Friedland. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy, supra.

56. Springer, dkk. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community, *supra*.
57. Mostashari F, dkk. Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*. 1998; 18: 341-348.
58. Paterson DL, dkk. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*. 2000; 133: 21-30.
59. Spauling, dkk. 2002; Pontali. Antiretroviral treatment in correctional facilities.
60. Pontali, *ibid*.
61. Babudieri, dkk. Directly observed therapy to treat HIV infection in prisoners. *JAMA*. 2000; 284(2): 179-180.
62. Fischl M, dkk. Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials [abstrak 528]. Dari: Program dan abstrak Konferensi mengenai Retrovirus dan Infeksi Oportunistik VIII. 2001. Alexandria, VA: Foundation for Retroviruses and Human Health.
63. Spauling, dkk.
64. Wohl D, dkk. Adherence to directly observed therapy of antiretrovirals in a state prison system [abstrak 357]. Dari: acara rapat tahunan Infectious Diseases Society of America (Philadelphia), 2000. Alexandria, VA: Infectious Diseases Society of America; Wohl, dkk. Adherence to directly observed antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected prison inmates. *Clin Infect Dis*. 2005; 36: 1572-1576.
65. Altice, Mostashari, Friedland. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy, *supra*.
66. Spauling, dkk. 2002.
67. Altice, Mostashari, Friedland. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy, *supra*.
68. Wohl, dkk. Adherence to directly observed antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected inmates.
69. Wood E, dkk. Expanding access to HIV antiretroviral therapy among marginalized populations in the developed world. *AIDS*. 2003; 17(17): 2419-2427.
70. Palepu A, dkk. Alcohol use and incarceration adversely affect HIV-1 RNA suppression among injection drug users starting antiretroviral therapy. *Journal of Urban Health*. 2003; 80(4): 667-675; Palepu A, dkk. Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes. *Antivir Ther*. 2004; 9(5): 713-719.
71. Stephenson BL, dkk. Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Rep*. 2005; 120(1): 84-88.
72. *Ibid*.
73. Spauling, dkk.
74. *Ibid*.
75. Kim JY, dkk. Successful community follow-up and reduced recidivism of HIV positive women prisoners. *Journal of Correctional Health Care*. 1997; 4: 1-9.
76. Flanigan TP, dkk. A prison release program for HIV-positive women: linking them to health services and community follow-up. *American Journal of Public Health*. 1996; 86: 886-887.

77. Skolnick AA. Correctional and community health care collaborations. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279: 98-99.
78. Pontali. Antiretroviral treatment in correctional facilities, supra.
79. Howard TR dan WA Campbell. Positive tools for HIV+ prisoners. Dari: Program dan abstrak untuk Konferensi AIDS Internasional XV. 11-16 Juli, 2004. Bangkok, Thailand. Abstrak nomor WePeE6856; Kennedy SS, dkk. Improving access to and utilization of health and social services for HIV-infected jail and prison releasees: evaluation results from the Corrections Demonstration Project funded by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Health Resources and Services Administration (HRSA). Dari: Konferensi Internasional Aids XV tahun 2004 (eksibisi poster nomor abstrak ThPeE7996); Wohl D, dkk. Access to HIV care and antiretroviral therapy following release from prison. Dari: Konferensi mengenai Retrovirus dan Infeksi Opportunistik XI, 8-11 Februari, 2004. Abstrak 859.
80. Vigilante KC, dkk. Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care peer counseling and discharge planning. *J Womens Health*. 1999; 8: 409-415.
81. Pontali. Antiretroviral treatment in correctional facilities, supra.
82. Farley J, dkk. Hepatitis C treatment in a Canadian federal correctional population: Preliminary feasibility and outcomes. *International Journal of Prisoner Health*. 2005; 1(1): 13-18; Fearley J, dkk. Feasibility and Outcome of HCV Treatment in a Canadian Prison Population. *Am J Public Health*. 2005; 95: 1737-1739; Allen S, dkk. Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility. *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138: 187-191.
83. Betteridge. 2004, dengan referensi Tansuphasiri U, dkk. Drug-resistant tuberculosis among prisoners of three prisons in Bangkok and the vicinity. *J Med Assoc Thai*. 2003; 86(10): 953-963; Yerokhin VV, Punga VV < DAN LN. Rybka. Tuberculosis in Russia and the problem of multiple drug resistance. *Ann NY Acad Sci*. 2001; 953: 133-197; Valway SE, dkk. Outbreak of multiple-drug-resistant tuberculosis in a New York State Prison, 1991. *Am J Epidemiol*. 1994; 140(2): 113-122.
84. Sidley P. Prisoner with AIDS is released to die at home. *British Medical Journal*. 2005; 331(7530): 1426.
85. Munkingh L. Access to antiretroviral treatment. Cspri newsletter 13, September 2005.
86. Ibid.
87. AIDS prisoners suspend hunger strike in South Africa. *Agence France Presse*, 29 Maret, 2006.
88. Simooya O, dan N Sanjobo. The double sentence of HIV/AIDS in prisons and other correctional establishments [rapid response]. *British Medical Journal*. 2005; 22 (Desember).
89. World Health Organization. 2005. *Zambia Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-up*. Jenewa: WHO.
90. Bobrik, dkk. Prison health in Russia: the larger picture, supra.
91. Mattick RP, dkk. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement for opioid dependence (Cochrane review). *The Cochrane Library*. 2002; Issue 4.
92. Clarke S, Keenan E, dan M Ryan. Directly observed antiretroviral therapy for injecting drug users with HIV. *The AIDS Reader*. 2002; 12(305-7): 412-416; Moscatello G, Campello P, dan JA Nenetuci. Bloodborne and sexually transmitted infections in a hospital in Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*. 2003; 31(Supplement 5): S343-347; Lucas GM, dkk. Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a nonrandomized comparative study. *Clinical Infectious Diseases*. 2004; 38: S409-413; Farrell M, dkk. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*. 2005.

93. Ramratnam B, dkk. Former prisoners' views on mandatory HIV testing during incarceration. *Journal of Correctional Health Care*. 1997; 4: 155-164.
94. Boutwell A, Rich JD. HIV infection behind bars. *Clinical Infectious Diseases*. 2004; 38: 1761-1763.
95. Hoxie N, dkk. HIV seroprevalence and the acceptance of voluntary HIV testing among newly incarcerated male prison inmates in Wisconsin. *American Journal of Public Health*. 1990; 80(9): 1129-1131; Jacob S. AIDS in correctional facilities. Current status of legal issues critical to policy development. *Journal of Criminal Justice*. 1995; 23(3): 209-221.
96. Patterson S, dkk. Drug-susceptible Tb outbreak in a state correctional facility housing HIV-infected inmates-South Carolina, 1999-2000. *Morbidity and Mortality Weekly Review*. 2000; 49(46): 1041-1044.
97. American College of Physicians, National Commission on Correctional Health Care, dan American Correctional Health Services Association. The crisis in correctional health care: the impact of the national drug control strategy on correctional health services. *Annals of Internal Medicine*. 1992; 117(1): 72-77.
98. Correctional Service Canada. A Health care needs assessment of federal inmates in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2004; 95(suppl 1): S1-S63.
99. Dari Betteridge dan Jurgens. Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives.
100. Editorial. Health care for prisoners: Implications of 'Kalk's refusal.' *Lancet*. 1991; 337: 16 Maret: 647-648; Pontali E. Antiretroviral treatment in correctional facilities; UNAIDS. 1997. *Prisons and AIDS: UNAIDS Point of View*. Jenewa: UNAIDS.
101. UNAIDS, *ibid*.
102. Bewley-Taylor D, Trace M, dan A Stevens. 2005. *Incarceration of Drug Offenders: Costs and Impacts*. Oxford: UK: The Beckley Foundation.
103. World Health Organization. 1987. *statement from the Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons, Global Programme on AIDS*. Jenewa: WHO.
-